

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал Сибирского федерального университета**

Педагогики и психологии
факультет
Психологии развития личности
кафедра

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

44.03.02 Психолого-педагогическое образование

44.03.02.05 Психология и социальная педагогика


код и наименования направления, подготовки, специальности

Психологические и социально – педагогические аспекты работы с
детьми с расстройством аутистического аспекта

тема

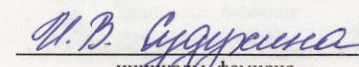
Руководитель


подпись


инициалы, фамилия

Выпускник


подпись


инициалы, фамилия

Лесосибирск 2017 года.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал Сибирского федерального университета

Педагогики и психологии
факультет
Психологии развития личности
кафедра

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

44.03.02 Психолого-педагогическое образование
код и наименования направления

Психологические и социально – педагогические аспекты работы с
детьми с расстройством аутистического аспекта
тема

Работа защищена « 17 » июня 2017г. с оценкой « хорошо »

Председатель ГЭК

подпись

Лашинова И.Д.
инициалы, фамилия

Члены ГЭК

подпись

Мурдаманов В.М.
инициалы, фамилия

подпись

Мамонтова Н.В.
инициалы, фамилия

подпись

Соловьев Т.В.
инициалы, фамилия

подпись

Муромова В.Н.
инициалы, фамилия

Руководитель

подпись

Е.М. Сташкова
инициалы, фамилия

Выпускник

подпись

Н.В. Сидорова
инициалы, фамилия

Лесосибирск 2017 года.

План:

Введение	3
Глава I. Психолого-педагогический анализ проблемы детского аутизма	10
1.1. Характеристика аутистического расстройства в психологии	10
1.2. Психологические особенности детей с расстройством аутистического спектра	21
1.3. Психологическое и социально-педагогическое сопровождение как направление работы психолога	28
Выводы по первой главе	29
Глава II. Психологические и социально-педагогические аспекты работы с детьми с расстройством аутистического спектра	31
2.1. Описание выборки, методов диагностики и констатирующего эксперимента	33
2.2. Программа социально-педагогического сопровождения детей с расстройством аутистического спектра	37
Выводы по второй главе	60
Заключение	61
Список литературы	63

Введение.

Система отечественного образования долгие годы делила детей на обычных и инвалидов, которые практически не имели возможности получить образование и реализовать свои возможности наравне со здоровыми детьми, их не брали в учреждения, где обучались нормальные дети.

Актуальность выбранной темы заключена в том, что дети с особенностями развития должны иметь равные возможности с другими детьми в получении образования. Уже сегодня существует потребность в организации специальных условий социально-педагогического сопровождения детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра, которые обеспечат детям с ограниченными возможностями оптимальные условия обучения и воспитания в условиях школьного образовательного учреждения.

Проблема: принятие индивидуальности каждого ребёнка и создание ему таких условий обучения и воспитания, которые необходимы для удовлетворения его особых потребностей.

Аутизм - тяжелое психическое расстройство, крайняя форма самоизоляции. Выражается в уходе от контактов с действительностью, бедностью выражения эмоций. Аутисту свойственно неадекватное реагирование и дефицит социального взаимодействия.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире сейчас около 67 миллионов людей с аутизмом.

Детский аутизм - расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Один ребенок из 150 живет с аутизмом.

Аутизм как самостоятельное расстройство впервые был описан американским клиницистом Лео Каннером в 1942 году, в 1943 году сходные

расстройства у старших детей описал австрийский ученый Ганс Аспергер, а в 1947 году - советский ученый Самуил Мнухин. Диагноз «аутизм» ставится не по одному симптому. Для его постановки необходимо наличие как минимум трех характерных признаков:

- недостаток социальных взаимодействий;
- нарушенная взаимная коммуникация;
- ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения.

Современные социально-экономические условия предъявляют новые требования к системе школьного образования. Высокий потенциал этой системы не используется в полном объеме, так как значительная часть детей не посещают дошкольные и школьные учреждения, а воспитываются в семье.

Государственная политика в области образования диктует освоение и развитие вариативных форм работы с младшими школьниками на основе создания специальных условий социально-педагогического сопровождения детей с расстройством аутистического спектра.

Не смотря на то, что со времени первого описания РАС как клинического синдрома прошло более полувека, существует большой разрыв между теоретическими знаниями и практическими возможностями.

Разнообразие различных психолого-педагогических методик и большая неоднородность картины нарушений аутистического спектра затрудняет выбор оптимального коррекционного подхода.

В современной системе образования, неконтактные дети практически не получают профессиональную помощь со стороны специалистов, по причине отсутствия коррекционных учреждений. Задачи воспитания, обучения такого ребенка полностью ложится на плечи семьи, вследствие чего он является крайне ограниченным в формировании коммуникативных навыков.

Не имея опыта дошкольной социализации, ребенок с расстройством аутистического спектра испытывает сильнейшую дезадаптацию в школе, а

далее, как правило, следует перевод на домашнее обучение, то есть изоляция от общества сверстников.

На сегодняшний день, по данным Краевого психо-неврологического диспансера выявлены и состоят на учете около 60 детей-аутистов. Разнообразие аутистического спектра нарушений, недостаточный уровень диагностики, неосведомленность специалистов образования и здравоохранения по проблеме РАС, ведет к тому, что данные нарушения подменяются на схожие по симптоматике (шизофрения, нарушение интеллекта или умственная отсталость, задержка психического или речевого развития) и ребенок получает помощь в соответствующих учреждениях, а чаще всего в физиологических группах и группах с речевой патологией. Но все аутичные дети имеют свои особенности, способности и потребности, а их неудовлетворение несет отягощение состояния и значительное ограничение их жизнедеятельности.

В настоящее время не организовано специализированных учреждений дошкольной и школьной ступени обучения на территории края, нет специальных образовательных программ для детей данной категории, а имеется лишь фрагментарный несистематизированный опыт работы специалистов различных ведомств (образования и здравоохранения) с детьми-аутистами. При этом анализ зарубежного опыта показывает, что коррекция РАС должна быть комплексной, ведущее место отводится психолого-педагогической работе, но при этом целесообразно и необходимо медикаментозное лечение.

Одной из ключевых идей Концепции развития специального образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Красноярском крае является реализация права на образование детей с выраженными нарушениями эмоционального развития, аутистическим спектром нарушений, со сложной структурой психо-физического и интеллектуального развития, и создание оптимальных мер долгосрочной комплексной помощи детям и их семьям.

Цель: в теоретическом плане изучить возможности психологической и социально-педагогической работы с детьми младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Задачи:

1. Теоретический анализ по проблеме исследования.
2. Диагностика детей с расстройством аутистического спектра.
3. Разработка и реализация программы социально-педагогического сопровождения детей с расстройством аутистического спектра.
4. Оценка эффективности программы социально-педагогического сопровождения.

Предмет: возможности психологического и социально–педагогического сопровождения детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра

Объект: дети младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Гипотеза: психологическое и социально–педагогическое сопровождение способствует оптимизации развития детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Требования, которые предъявляются сегодня – это формирование социально адаптированной, гармонично развитой личности. Говорить о терпимости к людям с ограниченными возможностями нельзя, если с детских лет не воспитывать здоровых детей и детей с ограниченными возможностями, а в нашем случае – детей с расстройством аутистического спектра вместе. Только совместное воспитание и обучение, совместный труд, совместное преодоление трудностей и празднование небольших побед смогут воспитать личность, которую можно характеризовать, как гармоничную.

Наш подход предполагает понимание различных образовательных потребностей детей и предоставление услуг в соответствии с этими

потребностями через более полное участие в образовательном процессе, привлечение общественности и устранение дискриминации в образовании.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ психолого-педагогических исследований в области психологии.
2. Теоретико-прикладное моделирование программы социально–педагогического сопровождения детей с РАС.
3. Констатирующий эксперимент, направленный на диагностику уровня адаптивного поведения у детей с РАС.
4. Формирующий эксперимент, имеющий целью определить возможности социально–педагогического сопровождения детей с РАС.
5. Качественный анализ собранных фактических данных; методы математической обработки экспериментальных данных (критерий Манна-Уитни).

Для получения валидных диагностических данных были применены тестовые методики: Шкала адаптивного поведения Вайнленд.

Теоретико-методологическая база исследования являются труды отечественных и зарубежных авторов, в которых впервые был рассмотрен и описан в 1943 году американским психиатром Л.Каннером в работе «Аутические нарушения аффективного контакта».

Им был сделан вывод о существовании особого клинического синдрома «экстремального одиночества», который он назвал синдромом раннего детского аутизма и который впоследствии стали называть синдромом Каннера по имени ученого его открывшего. Г.Аспергер тоже занимался исследованием детей с синдромом РДА, но несколько другой категории, он назвал ее «аутическая психопатия», что в отличие от раннего детского аутизма проявляется после трехлетнего возраста.

Наиболее известные отечественные подходы к коррекции аутизма были предложены К.С.Лебединской и О.С.Никольской и их методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции, основанная на представлении

об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. В отличие от зарубежных методов коррекции в отечественной коррекционной работе большое значение отводится комплексности – постоянному взаимодействию педагогов, психологов и врачей-психиатров.

Считается, что синдром раннего детского аутизма (РДА) изучается в России более 50 лет, со времени выхода в 1947 году статьи С.С.Мнухина «О невро- и психопатических изменениях личности на почве тяжелого алиментарного истощения у детей». В дальнейшем РДА на протяжении более 30 лет рассматривался в нашей стране только как медицинская проблема. Однако помещение аутичных детей с психиатрический стационар не давало, как правило, положительных результатов, а нередко за счет отрыва от семьи, изменения привычного окружения приводили к ухудшению состояния. И лишь со второй половины 70-х гг. благодаря работам ленинградских (Д.Н.Исаев, В.Е.Каган и др.) и особенно московских (К.С.Лебединская, В.В.Лебединский, О.С.Никольская и др.) психиатров и психологов постепенно стало скалываться представление о раннем детском аутизме как об особом отклонении психического расстройства, из чего следовала необходимость не только и не столько медикаментозного лечения, сколько коррекционного обучения и воспитания с использованием особых, специфических для раннего детского аутизма форм и методов. Однако, несмотря на значительные успехи в научных медицинских и психологических исследованиях, а также на интересные, обнадеживающие результаты экспериментально-методической работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом, в России не создано.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в разработке коррекционной программы с целью повышения адаптации детей с аутизмом в общество.

Полученные данные позволяют адресно направить внимание специалистов на разработку и совершенствование методов психологического воздействия в работе с детьми с расстройством аутистического спектра.

Программа социально-педагогического сопровождения может быть реализована в работе психологической службы

Психодиагностический комплекс методик, использованных в исследовании, может служить основой для разработки психодиагностической программы в работе с детьми с расстройством аутистического спектра.

База исследования: школа 7 вида города Красноярск.

Структура работы: состоит из введения; главы 1 Психолого-педагогический анализ проблемы детского аутизма; главы 2 Психологические и социально-педагогические аспекты работы с детьми с расстройством аутистического спектра; заключения и списка литературы.

ГЛАВА I. Психолого-педагогический анализ проблемы детей с расстройством аутистического спектра.

Забота о реализации права ребенка на полноценное и свободное развитие является неотъемлемой частью деятельности любого образовательного учреждения, особенно актуально это по отношению к детям с расстройствами аутистического спектра. Расстройства аутистического спектра (далее РАС) - это особая форма нарушения психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и интеллектуальными расстройствами, что в большинстве случаев приводит к значительной социальной дезадаптации. Проблема коррекционной помощи детям с РАС в последнее время в России встает все острее. Это происходит в связи с увеличением количества таких детей в массовых и специальных учреждениях образования, расширением опыта дифференциальной диагностики и опыта коррекционной работы. В связи с этим возникает необходимость создания условий для их адекватного физического, умственного, духовного и социального развития, реабилитации и интеграции в общество.

1.1. Характеристика аутистического расстройства в психологии.

Главным для определения подходов и методики работы с каждым ребенком, имеющим аутистические нарушения, является понимание уникальных сильных сторон ребенка и его особых учебных потребностей. Поэтому начнем с определения аутистических нарушений.

Аутистические нарушения - это несколько групп нарушений, перечисленные в DSM-IV-TR под заголовком «Всеобъемлющие нарушения развития». Всеобъемлющие нарушения развития характеризуются серьезными и масштабными затруднениями в нескольких сферах развития

одновременно: это навыки социального взаимодействия, навыки общения, стереотипное поведение, интересы и занятия.

К аутистическим нарушениям относятся три из пяти видов всеобъемлющих нарушений развития: аутизм, синдром Аспергера и всеобъемлющие нарушения развития без отдельного названия. Термин «аутистические нарушения» подразумевает, что эти три вида нарушений имеют общие характеристики, но вместе с тем и особые свойства, позволяющие их отдельную диагностику. Соответственно, степень нарушений бывает разной у каждого человека, которому поставлен диагноз «аутистические нарушения».

Аутичное расстройство -autistic disorder

Синдром Аспергера- Asperger's disorder

Дисинтегративный детский синдром- Childhood Disintegrative Disorder- CDD.

Нетипичный PDD- Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified - PDD -NOS.

В МКБ-10 детский аутизм входит в рубрику «Общие расстройства развития» (F84), являясь частью раздела «Нарушения психологического развития» (рубрики F80—F89).

Здесь выделяются следующие формы общих расстройств развития:

F84.0 -Детский аутизм (аутистическое расстройство, инфантильный аутизм; инфантильный психоз; синдром Каннера).

F84.1 - Атипичный аутизм (атипичный детский психоз; умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами).

F84.2 - Синдром Ретта.

F84.3 - Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (дезинтегративный психоз; синдром Геллера; детская деменция; симбиотический психоз).

F84.4 - Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

F84.5 - Синдром Аспергера (аутистическая психопатия; шизоидное расстройство детского возраста).

Синдром детского аутизма как самостоятельная клиническая единица был выделен американским психиатром Л. Каннером в 1943 году, при том, что описания таких детей и попыток коррекционной работы с ними были известны уже с начала XIX века. Почти в это же время или даже раньше к постановке сходных клинических проблем пришли Н. Asperger, (1944) в Австрии и С.С. Мнухин (1947) в России. Вместе с тем, интенсивное изучение феномена детского аутизма началось именно с работ доктора Каннера, он не только дал блестящее описание детей и определил клинические критерии, с помощью которых до сих пор диагностируется выделенный им синдром, но и обозначил основные направления будущих дискуссий и изучения детского аутизма.

У наблюдаемых им детей он отметил врожденную дефицитарность в установлении аффективного контакта, характерную неспособность эмоционально отвечать матери; отгороженность от внешнего мира с игнорированием внешних раздражителей, хотя в то же время и страх звучащих и движущихся объектов. Речь, неиспользуемую для коммуникации, с непосредственной и отставленной эхоталией и перверзией (перестановкой) местоимений, блестящую механическую память, возможность проявить сообразительность в решении сенсомоторных задач и островки особых способностей, например, музыкальной одаренности. Как типичнейшее он выделил стремление к монотонной активности, стереотипному повторению движений, звуков, действий с определенными объектами. Показал, что еще в большей степени такие дети направлены на поддержание жесткого постоянства во внешнем окружении, склонны пугаться или тревожиться в непривычных ситуациях, что требует от близких людей даже большей ритуальности в поведении, чем ее проявляют сами дети. Тяжелые нарушения поведения и развития, по наблюдениям доктора Каннера, сочетались с серьезным и тонким, «интеллигентным» выражением лица и хорошим

физическим здоровьем. Особенности этих детей становились очевидны окружающим до 30-месячного возраста. Родители же детей с аутизмом характеризовались им как высоко интеллектуальные, эмоционально сдержанные люди из благополучных слоев общества.

Позже в картине описанного им синдрома в качестве базовых Л. Каннер (1956) выделил два признака детского аутизма:

- глубокую недостаточность способности установления контакта;
- тревожное навязчивое стремление к сохранению постоянства в окружающем.

Специфическое сочетание этих проблем до сих пор остается главным ориентиром в диагностике детского аутизма. Современные стандартизированные опросники и диагностические карты и теперь основываются на критериях, определенных доктором Каннером, хотя формулируются и группируются они несколько иначе. L. Wing (1976) объединила их в триаду проблем, характерных для таких детей:

- дефицитарность социального развития,
- проблемы вербальной и невербальной коммуникации,
- стереотипные ограничения в поведении, интересах, занятиях.

Эта триада остается основой для всех современных систем диагностики детского аутизма, представленных в отечественных и зарубежных руководствах классификации болезней. Выявление детского аутизма и до настоящего времени происходит на основе непосредственного наблюдения за поведением ребенка и анализом особенностей его предшествующего развития (на основе сведений полученных от родителей и специалистов, данных домашних видео записей). Для постановки диагноза необходимо выделить определенное число признаков нарушения социализации, коммуникации и стереотипности поведения и интересов, которые могут выступать при этом в достаточно рознящихся наборах.

Годы клинических и психологических исследований во многом уточнили и усложнили первые представления о детском аутизме. Так,

выяснилось, что далеко не все дети с аутизмом физически благополучны, что они могут и не иметь хорошего интеллектуального потенциала, как и островков одаренностей. Но если в конце двадцатого века по результатам стандартизированных тестов от 71 до 88 % детей с аутизмом представлялись умственно отсталыми (Steffenburg, S., & Gillberg, C., 1986, C. Lord, E. Schopler, 1988), то позже такие оценки были оспорены. Этому способствовало расширение общих представлений о формах интеллекта, неровный профиль тестовых результатов детей с аутизмом, а также осознание значения проблем их произвольной организации. При том, что число детей с аутизмом неуспешных в тестировании составляет по данным разных исследований от 10 до 90 %, (Coleman, M., & Gillberg, C. 2012)., умственная отсталость по мнению этих авторов наиболее вероятна лишь в 15-20% случаев среди всех вариантов расстройств аутистического спектра.

Подтверждено значение и уточнена специфика нарушений развития речи, главное в которой то, что она не используется детьми как средство коммуникации. Подкреплено мнение о проявлении признаков нарушения развития у ребенка не позже, чем в возрасте 30 месяцев, что связывает клинический синдром более с нарушением психического развития, чем с его регрессом. Катамнестические исследования также показали, что синдром аутизма нельзя ограничивать детством, и в большинстве случаев его специфические проблемы пожизненны.

По мере наблюдений и исследований становилось все более понятно, что *детский аутизм - это не только нарушение контакта с другими людьми, но и более общие проблемы развития взаимодействия со средой в целом*. Собственно уже и Л. Каннер как основные характеристики детского аутизма рассматривал проблемы с переменной обстановки, страхи ребенка, тенденцию игнорировать внешние впечатления. Е.Ornitz (1978) вывел на первый план значимость специфической реакции аутичных детей на сенсорный раздражитель, которая может выражаться и в его игнорировании, и в болезненной реакции, и в особой зачарованности определенными

сенсорными впечатлениями. L Wing (1976) отмечает, что ребенок с аутизмом никогда не испытывает обычного детского удовольствия от новизны и обследования, не стремится преодолеть затруднение и вводит в перечень специфических проявлений аутизма особые когнитивные проблемы ребенка: трудности символизации, проявляющиеся в буквальности, одноплановости понимания происходящего; трудностях переноса сформированных навыков и развития символической игры.

Эпидемиологические исследования, ведущиеся уже с середины прошлого века показали, что *вокруг ядра классического синдрома детского аутизма, описанного Л. Каннером, группируются множественные случаи сходных нарушений в развитии*. Не совсем точно соответствуя или проявляясь в сглаженных вариантах его клинической картины, они составляют более широкий круг расстройств аутистического спектра (РАС), также включающих триаду проблем коммуникации, социальной адаптации и стереотипности поведения.

Современные клинические классификации включают в этот круг и детей, которых описал австрийский психиатр Н. Asperger (1944), квалифицировав их состояние как аутистическую психопатию. Их проблемы также проявляются в области коммуникации и социального взаимодействия, в выраженной стереотипности поведения, и особых, часто асоциальных, увлечениях. Отличаются эти дети от описанных Л. Каннером, значительно более успешным речевым развитием и высоким интеллектуальным уровнем (в основном за счет вербального развития), хотя при этом и относительно большей моторной неловкостью.

Вместе с тем, оказалось, что детей с чертами аутизма достаточно часто можно найти среди глубоко умственно отсталых, и детей со сложными, тяжелыми и сочетанными нарушениями развития. Как уже упоминалось, доктор Каннер считал детей с аутизмом физически и неврологически здоровыми (часть детей с классическими формами аутизмом до сих пор так и оценивается), однако, по мере катамнестических наблюдений и

совершенствования методов обследования выяснилось, что у значительной части детей с РАС выявляется органическая патология цнс. Отмечена возможность выявления во взрослом и особенно в подростковом возрасте эпилептичности, развития эпилептических приступов у детей, которые ранее считались здоровыми. В части случаев определились соматические проблемы, связанные с обменом веществ, иммунной системой, системой пищеварения и др. Показано было, что в анамнезе детей с аутизмом, чаще чем в норме, можно обнаружить влияние различных патогенных факторов в процессе родов, в пренатальный, и в ранний постнатальный период развития (Wing, L. & Gould, J.,1979, Gillberg & Gillberg, 1983; Juul-Dam, Townsend, & Courchesne, 2001).

Уже в обзоре 1978 года Е. Орнитц приводит более 30 патогенных условий, которые могут быть связаны с формированием синдрома детского аутизма. Известно, что, что в популяции детей с РАС чаще, чем в норме выявляется хромосомная патология, в частности аутизм может проявляться у детей с фрагильной Х-хромосомой. В РАС в настоящее время включен синдром Рэтта, они возможны при туберозным склерозе. Рассматривается и пересматривается связь детского аутизма и психических заболеваний детского возраста (ранняя детская шизофрения, синдром Геллера), обуславливающих дезинтегративные нарушения развития. И, если ранее, по крайней мере, в отечественной психиатрии детский аутизм преимущественно ассоциировался с ранней детской шизофренией, то в настоящее время считается, что он может быть связан с этим заболеванием, лишь в части случаев. В этих случаях при симптоматике характерной для РАС у ребенка в самом раннем возрасте может просматриваться некоторый краткий период нормального развития, чего не бывает у других детей с РАС.

По данным исследований, опубликованных после 2000 года частота расстройств аутистического спектра оценивается как 0.6%-1.6% детей школьного возраста (т.е. от 60 до 160 на 10 000 детей), что в 20 или даже в 100 раз выше чем представлялось 40 лет назад. Причины столь значительного

увеличения частоты их выявления в настоящее время недостаточно ясны. Возможно она обусловлена расширенным толкованием современных диагностических критериев, но не исключено и влияние изменений средовых условий: нарастание экологических проблем, перемены самой социокультурной ситуации вынашивания, рождения и воспитания ребенка.

Ядерные формы аутизма составляют примерно 20-40 % от общего количества случаев РАС, то есть 0.22% детской популяции (Coleman, Gillberg, 2012). Мальчиков среди детей с аутизмом значительно больше, чем девочек: причем это соотношение значительно выше при ядерных вариантах (5 к 1), чем на периферии аутистического спектра (2 к 1), и особенно высоко в случаях синдрома Аспергера. При этом U. Frit (1987) отмечает, что аутичные девочки как группа в целом показывают более низкие показатели развития всех когнитивных функций.

В середине XX века широко известной стала теория психогенного происхождения детского аутизма. Она разрабатывалась приверженцами психодинамического направления (B.Bettelheim, 1967, L.Despert, 1951, B.Rank, 1949 и др.) и опиралась на данные Л.Каннера о хорошем физическом здоровье детей с аутизмом, сохранности предпосылок их когнитивного развития и особенностях их родителей как эмоционально сдержанных и интеллектуализированных людей. Патогенными представлялись их отношение к детям и принятый тип воспитания – недостаточная эмоциональность и доминантность. Считалось, что родители не создают у ребенка чувство безопасности, базового доверия к миру, подавляют или, по крайней мере, не подкрепляют его активности во взаимодействии с окружающим, которое, не осваиваясь им, остается пугающим. Дезориентированный и испуганный ребенок старается заглушить аутостимуляцией воздействия извне и организовать события в упрощенные неизменные стереотипы - таким образом он хочет остановить время и весь ход пугающих событий. Существовала и более сбалансированная точка зрения, согласно которой патогенным является совпадение «ранимого

ребенка и ненормальной среды» (Е. Tinbergen, N.Tinbergen,1972). Впрочем, и в работах самого Беттельхейма, наряду с его утверждением психогенной природы детского аутизма, высказывается мнение о возможности для сверхчувствительного ребенка переоценивать и трактовать как опасные не только аномальные, но и самые обычные воздействия матери и среды.

Предпринятые исследования не подтвердили предположения об особом складе личности родителей, их холодности или склонности игнорировать и подавлять активность ребенка (M.Rutter,1971, 78; M.DeMyer, 1978; D.Cantwell, L.Bacer, M.Rutter, 1978). Непременная принадлежность родителей детей с аутизмом к наиболее благополучным социальным слоям и их высокий образовательный уровень также не получили подтверждения. Со временем стало понятно, что ребенок с аутизмом может родиться в любой среде, в семье различного социального статуса и образовательного ценза и с разным стилем воспитания.

В настоящее время детский аутизм рассматривается как особый тип нарушения психического развития, возникающего на основе биологической дефицитарности ребенка, однако характер этой дефицитарности до сих пор недостаточно прояснен. Известно, что в формировании биологических предпосылок развития детского аутизма участвуют разные патологические условия и проявляться это нарушение развития может в рамках разных нозологических форм – полиэтиология и полинозоология детского аутизма.

Л.Каннер и Н. Аспергер (L.Kanner, 1943, Н.Asperger,1944) считали, что биологической основой развития детского аутизма является наследуемая ребенком особая аномальная конституция шизоидного спектра. Мнение о наследственной предрасположенности подкрепляется проявлением детского аутизма преимущественно у мальчиков; результатами исследования монозиготных близнецовых пар (совпадение более, чем в 90%), а также более частым чем в норме проявлением сходных нарушений развития и у других братьев и сестер ребенка с аутизмом. (E.Fombone, 2003). Замечено, что в монозиготных парах, в которых диагноз аутизма был поставлен лишь у

одного близнеца, у другого часто наблюдались стертые отклонения развития, такие как особенности речи, социального взаимодействия, необычные поведение и интересы. Это позволило предположить, что наследуется не столько сам синдром, сколько более широкий фенотип, обуславливающий возникновение особенностей развития, концептуально сходных с аутистическими. Таким образом, получил поддержку взгляд на детский аутизм как на континуум нарушений аутистического спектра. Генетический механизм наследования предрасположенности к формированию синдрома детского аутизма подтвержден, но в настоящее время недостаточно прояснен, предполагается, что с его патогенезом могут быть связаны от четырех до 15 генных локусов.

Отечественные авторы долгое время рассматривали синдром детского аутизма как предманифестное состояние или конституциональный фон, на котором могут развиваться (или не развиваться) проявления процесса детской шизофрении (О.П. Юрьева, 1967, 1970, М.С.Вроно, В.М.Башина, 1975, 1999); К.С.Лебединская, И.Д.Лукашова, С.В.Немировская, 1981 и др.). Вместе с тем достаточно рано возникло и представление о связи детского аутизма с особыми формами органического поражения мозга (С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев, 1967; A.D. Van Krevelen, 1952; B.Rimland, 1964; В.Е. Каган, 1981 и др.). Связь с генетической предрасположенностью в наибольшей степени выступает в случаях классических, ядерных форм детского аутизма. Однако и формы детского аутизма, связанные с органическими поражениями цнс, тоже возникают на фоне, возможно менее выраженной, но все же генетической предрасположенности Gillberg & Gillberg, 1983; Juul-Dam, Townsend, & Courchesne, 2001). Реализуя ее, различные экзогенные патологические факторы способствуют возникновению аутистического дизонтогенеза – т.е. специфических проблем социализации, коммуникации и стереотипности поведения.

Поиски локализации дефицитарности мозговых систем в настоящее время не дали однозначных ответов. У части детей с аутизмом с грубо

нарушенной речью G.R.DeLong (1978) нашел поражение левой медиотемпоральной доли. В основном выявленная симптоматика (часто микросимптоматика) указывала на дефицитарность отделов связанных с блоком активации и регуляции тонуса, организации взаимодействия систем мозга (по А.Р. Лурия – блока активации, программирования и контроля.). С.С.Мнухин, Д.Н.Исаев связывали описанный ими тип нарушений с поражением стволовых отделов, B.Rimland (1964) заподозрил возможность заинтересованности ретикулярной формации; M.McCulloch, C.Williams (1971) - патологию подкорковых ядер, гасящих активирующее влияние ретикулярной формации. Выдвигались гипотезы о нарушении развития структур мозжечка (Courchesne, 1987, Akshoomoff, 2005), E.Ornitz и E.Ritvo еще в 1968 году. предположили нарушение системы координации между сенсорной и моторной сферами с центральным поражением вестибулярных мозжечковых систем. G. Dawson (87) рассматривает возможность нарушения корково-подкорковых взаимоотношений, В.Е. Каган (1981) выдвинул гипотезу о заинтересованности лобно-лимбической системы, рассматривалась возможная связь проблем аутичного ребенка с нарушением развития межполушарного взаимодействия.

В настоящее время дефицитарность мозговых систем при детском аутизме рассматривается как комплекс разноуровневых структурных и функциональных аномалий. Все большее внимание уделяется не только самой локализации повреждений центральной нервной системы, но и изучению дисфункции ее развития. Достаточно рано были выдвинуты гипотезы об общей задержке или аномалии созревания мозговых систем детей с аутизмом (L.Bender,1956, G.Simon, S.Gillies,1964, B.Fish 1971 В.М. Башина, 1980, 1999), изучались нарушения в развитии ЭЭГ-активности (В.М.Башина,1999, Т.А.Строганова и др., 2007), выявляется дисфункция развития связей, объединяющих различные функциональные зоны мозга, что может определять проблемы такого ребенка в восприятии и организации поступающей информации (Courchesne E, Pierce K., 2005 а,б).

Выдвигалось предположение о дисфункции зеркальных нейронов у людей с аутизмом, возможно играющих важную роль в имитации и эмпатии, усвоении речи, однако, более позднее исследование не подтвердило этого предположения.

1.2. Психологические особенности детей с расстройством аутистического спектра.

Термин аутизм происходит от латинского слова *autos* – «сам» и означает отрыв от реальности, отгороженности от мира.

Наиболее существенные симптомы раннего детского аутизма:

- одиночество ребенка, отсутствие стремления к общению, потребности в контактах с окружающими;
- отгороженность от внешнего мира;
- сопротивление любым переменам обстановки;
- склонность к стереотипиям;
- однообразие интересов и пристрастий;
- слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним (аффективная блокада);
- неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы;
- речевые нарушения;
- повышенная тревожность;
- недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители;
- наличие ритуалов;
- наличие сверхпривязанности к некоторым предметам.

Ранний детский аутизм встречается у 3-6 из 10 000 детей: у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Ребенок с аутизмом погружен в мир собственных переживаний, отгорожен от окружающего мира, не стремится или не переносит

межличностных контактов. Отсутствует живая выразительная мимика и жесты, не смотрит в глаза окружающим. Если все же фиксирует взгляд, то он получается как бы взгляд “сквозь”. Избегают телесных контактов, отстраняются от ласки близких.

Наблюдается ряд характерных стереотипий – произвольных, неосознанных повторяющихся движений или действий:

ДВИГАТЕЛЬНАЯ – прыжки, раскачивание туловища, взмахивание руками, бег на цыпочках по кругу и т.д. Все эти движения усиливаются при возбуждении и утомлении. Периоды двигательного беспокойства сочетаются с периодами заторможенности, застывания в одной позе, порой неудобной, вычурной.

РЕЧЕВАЯ – эхолалия, мутизм, набор штампованных фраз. Некоторые дети по развитию речи опережают сверстников в норме, другие отстают. Особенностью речи является речь о себе во II или III лице. Речь аутичного ребенка является речью для самого себя.

ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ – чрезвычайно сензитивны к перестановке предметов. Изменение в обстановке трактуется ими как нежелательное и вызывает чувство страха. Все изменения надо проводить, добившись их согласия. Испытывают большие трудности в копировании движений, путая верх-низ, право-лево, вперед-назад.

СОЦИАЛЬНЫЕ – наличие немотивированных страхов, избирательность в контактах или отказ от контактов, Чувство дискомфорта при взаимодействии с другими людьми.

ИГРОВЫЕ – использование необычного материала для игры (часто предметы домашнего обихода: обувь, веревки, выключатели, провода и т.д.). Играют крайне ригидно, однообразно. Сюжетно-ролевые игры, как правило, не развиваются; своеобразные патологические перевоплощения в тот или иной образ (например, в животное).

Выделяется четыре группы раннего детского аутизма. В настоящее время наиболее распространена классификация, выделенная О.С.

Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг. Основой для систематизации являются способы взаимодействия с окружающим миром и способы защиты, вырабатываемые детьми с РДА.

I ГРУППА – наиболее тяжелая форма аутизма.

Характерные признаки:

- эмоциональный контакт со взрослыми отсутствует;
- реакция на внешние раздражители слабы;
- может присутствовать мутизм;
- типична мимическая маска глубокого покоя;
- характерно полевое поведение (бесцельное перемещение по комнате);
- избегание сильных стимулов, вызывающих страх (шум, яркий свет, прикосновение и т.д.).

II ГРУППА.

Характерные признаки:

- присутствует реакция на неприятные физические ощущения (боль, холод, голод);
- в речи преобладают однотипные штампы-команды;
- возможно выполнение просьб матери;
- чрезмерная привязанность к матери;
- сочетание эмоциональной холодности к окружающим с повышенной чувствительностью к состоянию матери;
- стереотипные действия, направленные на стимуляцию органов чувств (шуршание бумагой, вращение предметов перед глазами и т.д.);
- стимулирование вестибулярного аппарата раскачиванием, подпрыгиванием и т.д.;
- ритуализация повседневной жизни.

III ГРУППА.

Характерные признаки:

1. наличие речи в виде эмоционально насыщенного монолога;

2. способность выразить свои потребности посредством речи;
3. конфликтность;
4. поглощенность одним и тем же занятием;
5. большой словарный запас “книжного характера”;
6. парадоксальное сочетание тревожности и пугливости с потребностью в повторном переживании травмирующих впечатлений.

IV ГРУППА - наиболее благоприятная в плане коррекции.

Характерные признаки:

- способность к общению;
- интеллектуальные функции сохранены;
- чрезмерная потребность к защите и эмоциональной поддержке со стороны матери;
- присутствие ритуальных форм поведения;
- круг общения ограничен близкими взрослыми;
- трудности в усвоении двигательных навыков.

Симптомы аутизма можно обнаружить уже впервые месяцы жизни ребенка. У аутичных детей нарушается «комплекс оживления», характерный для нормально развивающихся младенцев. Такой ребенок слабо реагирует на свет, на звук погремушки. Гораздо позднее своих сверстников он начинает узнавать мать. Но, даже узнав ее, он не тянется к ней, не улыбается, не реагирует на ее уход, для него характерен отсутствующий, неподвижный взгляд «мимо», «сквозь» человека. Он не откликается на свое имя.

Внимание аутичного ребенка может неожиданно надолго привлечь какой-либо яркий предмет. Однако также неожиданно ребенок может панически испугаться любого предмета: портрета на стене, собственных пальчиков. У такого младенца часто наблюдаются двигательные стереотипы: он может часами раскачиваться в коляске или в кроватке, однообразно размахивать руками, длительное время издавать одни и те же звуки.

И в более старшем возрасте аутичные дети кажутся отрешенными, безразличными к окружающему. Зачастую они избегают прямого (глаза в

глаза) взгляда, и даже если смотрят на человека в упор, то просто разглядывают отдельные части лица или детали одежды. Такие дети обычно стремятся уйти от контактов с окружающими людьми. Существует мнение, что у них отсутствует желание общаться, в отличие от тревожных детей, которые хотят и ждут контактов, но по какой-либо причине боятся вступить в общение.

От коллективной игры аутичные дети отказываются, предпочитая индивидуальную игру в уединении. Причем они могут одержимо годами играть в одну и ту же игру, рисовать одни и те же рисунки. У некоторых детей игра отсутствует вовсе, и развитие задерживается на стадии элементарного манипулирования каким-либо предметом.

Аутичным детям свойственны стереотипные механические движения и действия. Например, ребенок может вместо умывания многократно поворачивать ручку крана то в одну, то в другую сторону или бесконечно включать и выключать свет. Иногда он подолгу совершает бесцельные однотипные движения телом: раскачивается, размахивает рукой, палкой или ударяет по мячу. Дети с нарушениями в общении любят придерживаться определенных ритуалов. И малейшие изменения в их жизни или в режиме могут стать для них травмирующим фактором. Результатом таких изменений бывает «уход в себя» либо вспышка агрессии, выражающаяся в жестоком обращении с близкими, со сверстниками, животными, в стремлении крушить и ломать все кругом. Довольно часто наблюдаются вспышки агрессии, возникающей при малейшей неудаче. Причем находящиеся рядом взрослые часто не понимают причины взрыва ребенка. Они, имея навык общения с обычными детьми, не всегда придают значения «пустякам», которые так важны для аутичного ребенка.

Современная наука не может однозначно ответить на вопрос о причине возникновения аутизма. Существуют предположения, что он может быть вызван инфекциями в период беременности, тяжелыми или неправильно

проведенными родами, прививками, психотравмирующими ситуациями в раннем детском возрасте.

Аутизм сохраняется на протяжении всей жизни человека, но благодаря своевременной диагностике и ранней коррекционной помощи можно добиться многого: адаптировать ребенка к жизни в обществе, научить его справляться с собственными страхами, контролировать эмоции.

Рассмотрим поведенческие симптомы аутизма:

1. **Проблемы социализации.** Ребенок тщательно скрывает свой собственный мир от посторонних глаз. Может не проявлять интерес к играм других детей; отсутствует эмоциональный резонанс на окружающую ситуацию, может быть холоден и безразличен к родным и близким; не замечает, когда приходят или уходят родители; может не интересоваться игрой в «ку-ку» или другими играми, где нужно взаимодействовать с детьми; не любит, когда его берут на руки, обнимают, целуют (хотя встречается очень тесная связь с мамой, тревожность, когда мамы нет рядом, желание целовать, кусать, обнимать маму); нет реакции на имя.

2. **Коммуникативные проблемы.** Ребенок избегает визуального контакта; чтобы что-то получить, берет руку взрослого и ведет к предмету; не пользуются речью для общения (в одних случаях может быть полный мутизм, в других - аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалии при ответах на вопросы, повторение фраз из программ телевидения, рекламы. Например, может писать, пока не уберешь бумагу, слово «птички» или в 3 года не знать буквы русского алфавита, но знать все буквы английского алфавита, но не употреблять их в разговоре); не употребляет личные местоимения; тембр и модуляция голоса неестественны; может говорить слогами.; недостаточность жестов, артикуляции.

3. **Причудливое повторяющееся поведения.** Детям свойственны размахивания, похлопывания; увлеченное рассматривание вентилятора; вращение, кружение (пример, один ребенок мог часами ездить в комнате по кругу, даже с закрытыми глазами); повторяющиеся движения рук или других

частей тела; выстраивание в линейку кубиков, машинок, солдатиков и др.; ловит солнечные лучи, проявляет интерес к неигровым предметам (обогревателю, пружинам на кровати); может не интересоваться игрушкой в целом, но при этом поглощен отдельной деталью, например, вращающимися колесами машинки; самоукачивание; пристрастие к включению и выключению света (дверцы шкафа); щелкает пальцами перед глазами; размазывает экскременты.

4. **Моторика.** У детей РАС могут проявляться нарушения моторики. У некоторых возможно проявление необычных навыков в одной области, но абсолютное их отсутствие в другой: проблемы мелкой моторики; отсутствие плавности, толчкообразность движений, отсутствие гибкости; плохая координация; ходьба на цыпочках; дефицит пространственного восприятия; с трудом ездят на трехколесном велосипеде, машинке-каталке; неуклюжесть или исключительное равновесие; пускает слюни.

5. **Сенсорные проблемы.** Ребенок очень чувствителен к различным звукам, шуму, текстуре предметов, к новым впечатлениям и новой обстановке. Чем больше число сенсорных воздействий, тем выше вероятность искажений поведения. Наблюдается отрицательная эмоциональная реакция на прикосновения, пеленание, купание; любит ходить в определенной одежде либо вообще без одежды; не дает стричься; не может сидеть с пристегнутым ремнем безопасности; преобладает боковое зрение над прямым; с трудом переносит громкую музыку; может казаться глухим, не вздрагивать от громких звуков, при этом в иных случаях слух кажется нормальным; человеческое лицо является сверхсильным раздражителем; зимой может неохотно одевать теплую одежду; рвет на себе одежду; избирателен в еде (например, одну неделю ест только колбасу, другую – вермишель, пьет сок определенной марки в определенной коробке)

6. **Игра.** Дети с РАС обнаруживают значительную недостаточность в символической или ролевой игре, игры носят манипулятивный характер, при этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами:

палочками, бумажками, колесиками. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, смотрят одни и те же мультики, рисуют одни и те же рисунки, стереотипно бьют по мячу. На детских площадках используют других детей как подставки, удержания себя на весу, контактной игры нет.

7. **Самоповреждения** Ребенок бьется головой, кусает себя, не выказывая явных признаков боли, счесывает или расцарапывает кожу, выдергивает пучки волос.

8. **Отсутствие страха высоты**, отсутствует осознание опасности.

1.3. Психологическое и социально-педагогическое сопровождение как направление работы психолога.

Социальное сопровождение осуществляется с учётом того, что личность является членом сообщества, по отношению к которому педагогическое сопровождение состоит в том, чтобы ребенок успешно адаптировался к условиям современного общества, активно включился в его жизнедеятельность. Педагог должен оказывать помощь ребенку в овладении общечеловеческими ценностями, в обретении социокультурного опыта; формировать социальные качества, необходимые для успешной адаптации; передавать систему знаний, способы деятельности и мышления, актуальные в современной действительности.

Социально-педагогическое сопровождение - это комплекс превентивных, просветительских, диагностических и коррекционных мероприятий, направленных на проектирование и реализацию условий работы педагога-психолога для успешной социализации детей в семье и в условиях детского сада. Опыт социально-педагогического сопровождения позволяет вычленить основные направления деятельности педагога-психолога на современном этапе. Это оказание помощи в решении:

- формирования здорового образа жизни;
- выбора маршрута личностного развития;
- преодоления затруднений в социальной адаптации.

Выводы по первой главе.

В современной системе образования, детей с расстройством аутистического спектра считают «неконтактными» и они практически не получают профессиональной помощи со стороны специалистов, по причине отсутствия коррекционных учреждений. И в связи с этим задачи воспитания, обучения такого ребенка полностью ложится на плечи семьи, вследствие чего такой ребенок является крайне ограниченным в формировании коммуникативных навыков. Расстройство аутистического спектра – это в большинстве случаев социальная дезадаптация.

В настоящее время не организовано специализированных учреждений дошкольной и школьной ступени обучения на территории края, нет специальных образовательных программ для детей данной категории, а имеется лишь фрагментарный несистематизированный опыт работы специалистов различных ведомств (образования и здравоохранения) с детьми-аутистами. При этом анализ зарубежного опыта показывает, что коррекция РАС должна быть комплексной, ведущее место отводится психолого-педагогической работе.

Забота о реализации права ребенка на полноценное и свободное развитие является неотъемлемой частью деятельности любого образовательного учреждения, особенно актуально это по отношению к детям с расстройствами аутистического спектра.

Одной из ключевых идей Концепции развития специального образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Красноярском крае является реализация права на образование детей с выраженными нарушениями эмоционального развития, аутистическим спектром нарушений, со сложной структурой психо-физического и интеллектуального развития, и создание оптимальных мер долгосрочной комплексной помощи детям и их семьям.

Проблема коррекционной помощи детям с РАС в последнее время в России встает все острее. Это происходит в связи с увеличением количества

таких детей в массовых и специальных учреждениях образования, расширением опыта дифференциальной диагностики и опыта коррекционной работы. В связи с этим возникает необходимость создания специальных социальных и психолого-педагогических условий для формирования сотрудничества ребенка со взрослым и сверстниками.

ГЛАВА II. Психологические и социально-педагогические аспекты работы с детьми с расстройством аутистического спектра.

По данным института коррекционной педагогики РАО, если ребенок с РАС вовремя получает психологическую и социально-педагогическую коррекционную помощь, то риск инвалидизации снижается на 70%. Дети, получающие раннюю комплексную помощь в 60% случаев смогут в дальнейшем обучаться по программе массовой школы.

Нарушение психологического развития при аутизме является первазивным и в зависимости от понимания первичных проблем и характера дизонтогенеза, специалистами выделяются разные аспекты дефицитности ребенка с аутизмом. В связи с этим коррекционные подходы, разработанные на основе определения тех или иных выделенных проблем, отличаются направленностью усилий и выбором разного психотерапевтического инструментария.

На сегодняшний день ведущие специалисты в области изучения аутизма признают тот факт, что применяемые традиционные методы коррекции и педагогические воздействия, либо не имеют достаточного успеха, либо требуют модификации и «подстройки» под конкретного ребенка в конкретной ситуации. И вместе с тем, на современном этапе развития общества, все таки придерживаются мнения о том, что при своевременной и комплексной коррекционно-педагогической и психологической помощи у таких детей наблюдается отчетливая положительная динамика.

В работе с детьми с РАС следует придерживаться единого комплексного подхода, целью которого является общее развитие таких детей. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов (дефектологическая, психологическая, педагогическая, нейропсихологическая коррекция, психотерапевтическая социальная работа с ребенком и его семьей) является одним из основополагающих принципов коррекции аутистических расстройств у детей.

Среди применяемых психолого-педагогических подходов к помощи ребенку с аутизмом можно выделить два основных направления. Одно из них представляет поведенческие подходы, нацеленные на формирование у ребенка социально приемлемого поведения. В рамках этих подходов ведется разработка средств приспособления среды к адаптационным возможностям ребенка, а также выработка и закрепление форм поведения, навыков коммуникации и социально-бытовой адаптации, приспособляющих самого ребенка к его окружению. И то, и другое, несомненно, способствует организации более «нормальной» и благополучной социальной жизни ребенка.

Другое направление, нацелено на поиск психологических средств, позволяющих ребенку, при всей исходной биологической дефицитарности, стать более «нормальным» в своем психическом и социальном развитии. Коррекционная помощь при этом должна противостоять искажению становления его психических функций, направлять их развитие для решения реальных жизненных задач, коммуникации и социализации.

Таким образом, методы психолого-педагогической помощи могут быть самыми разными, в зависимости от конкретных ситуаций, но все-таки можно выделить общие принципы.

Прежде всего, между родителями и специалистами должно установиться доверие и взаимопонимание при достаточном уровне критичности. У близких ребенка не должно быть сомнений в компетентности специалистов, которые работают с их ребенком, а специалисты должны быть уверены в искренности и открытости родителей. В то же время, если возникают какие-то вопросы или опасения, их не следует держать в себе, нужно стремиться к полной ясности. Таким образом, помощь детям при аутизме направлена не только на самого ребенка, но и на его родных.

«...работа с аутичными детьми – процесс сложный и длительный, он растягивается на много лет, в течение которых эффекты дней, недель и месяцев смогут оказаться удручающе малыми или вовсе отсутствующими.

Но каждый – пусть даже самый малый шаг прогресса драгоценен: из этих, неуклюжих поначалу, шажков и шагов складывается общий путь улучшения и приспособления к жизни. Да, далеко не у каждого ребенка этот путь окажется так велик, как хотелось бы. Но обретенное на этом пути ребенком останется с ним, и будет помогать ему жить более самостоятельно и уверенно», писал врач-психиатр В.Е. Каган.

2.1. Описание выборки, методов диагностики и констатирующего эксперимента.

В настоящее время проблема аутизма становится более актуальной. И чем раньше проведена качественная диагностика, тем раньше будет назначено лечение и психокоррекционные мероприятия. Необходимо комплексное детальное обследование с участием врача психиатра, психолога, логопеда.

Целью нашего исследования является описание специфических адаптивных профилей детей 7-летнего возраста с отклоняющимся развитием с помощью Шкалы адаптивного поведения Вайнленд.

Этапы исследования:

1. Биографический - реализуется в ходе изучения документации (психолого-педагогической - если ребенок ранее посещал какие-либо образовательные учреждения или психолого-педагогические консультативные центры; медицинской - представленной родителями или полученной по запросу из учреждений системы здравоохранения) и в ходе бесед с родителями (законными представителями) и близкими родственниками ребенка,

2. Наблюдение (в разных ситуациях деятельности ребенка - в период непосредственного обследования тем или иным специалистом, на занятиях, в игре, на прогулке и т. д.),

3. Беседа с ребенком (по возможности) и с родителями.

После этого, мы систематизируем первичные сведения о соматическом, нервно-психическом и психологическом статусе ребенка, условиях семейного воспитания, степени (и потенциальных возможностях) адаптации в детском коллективе, особенностях эмоционально-волевых проявлений, уровне работоспособности, утомляемости, специфике взаимоотношений со взрослыми и сверстниками.

Констатирующий эксперимент.

После анализа психолого-педагогической литературы была проведена экспериментальная часть исследования: констатирующий эксперимент, разработана и реализована программа формирующего эксперимента, контрольный эксперимент.

В экспериментальной части исследования приняли участие родители и дети младшего школьного возраста из восемнадцати семей г. Красноярска.

В ходе констатирующего эксперимента была использована шкала адаптивного поведения Вайнленд. Общепризнанный в международной практике инструмент оценки адаптации лиц с нормальным и отклоняющимся развитием. Шкала Вайнленд – это полуструктурированное интервью, позволяющее представить индивидуальный статус в сфере адаптивного поведения в числовом и описательном выражениях и оценить его соответствие установленным возрастным нормативам. На вопросы интервьюера отвечают эксперты-родители ребенка или люди из его ближайшего окружения (те, кто о нем заботится и проводит с ним много времени). Она оценивает четыре основные сферы жизнедеятельности: коммуникацию, повседневные житейские навыки, социализацию, моторные навыки, а также проявления дезадаптивного поведения. Шкала включает 2 части. Часть 1 описывает проявления или поведенческие паттерны, которые свидетельствуют об эмоциональном неблагополучии ребенка («сосет палец», «грызет ногти», «проявляет повышенную тревожность, страхи», «избегает смотреть в глаза», «гиперактивен», «агрессивен» и т.п.). Часть 2 описывает

более серьезные проявления дезадаптации, которые, как правило, не встречаются у типично развивающихся детей (сверхценные интересы, причудливые манеры и речь, разрушительные тенденции, аутоагрессия и т.п.).

Шкала Вайнленд является инструментом оценки адаптации лиц с нормальным и отклоняющимся развитием. Данная шкала имеет высокие показатели надежности, достоверности и валидности получаемых данных. Вайнленд применяется как в целях диагностики уровня адаптивного функционирования, так и в качестве метода, позволяющего планировать коррекционно-развивающие программы для детей и взрослых с ограниченными возможностями, а также оценивать их эффективность.

Шкала позволяет оценить четыре основные сферы жизнедеятельности ребенка: коммуникацию, повседневные житейские навыки, социализацию и моторные навыки. Для исследования использовалась шкала социализации.

В ходе исследования опрошены родители 16 детей (13 мальчиков и 3 девочки).

По результатам анкетирования, мы можем сделать вывод о том, что у всех детей, принимавших участие в данном исследовании, уровень адаптации оказался ниже возрастной нормы, в первую очередь за счет нарушений в сфере социализации. Кроме того, было выявлено чрезмерное количество дезадаптивных проявлений, как в Части 1 шкалы, так и в Части 2. Имеются понижения по коммуникации, социализации и уровню адаптации в целом.

Описание контингента испытуемых.

Исследование проводилось в период с сентября 2016 по май 2017 года. В качестве экспериментальной группы выступили дети, паспортный возраст которых составил от 7 лет до 7 лет 7 месяцев.

В ходе исследования планировалось провести наблюдение, разделенное на два временных промежутка в начале учебного года и в конце (ноябрь-декабрь; апрель-май), с целью изучения социальной адаптации детей раннего возраста и выявления динамики в ней.

Результаты формирующего эксперимента.

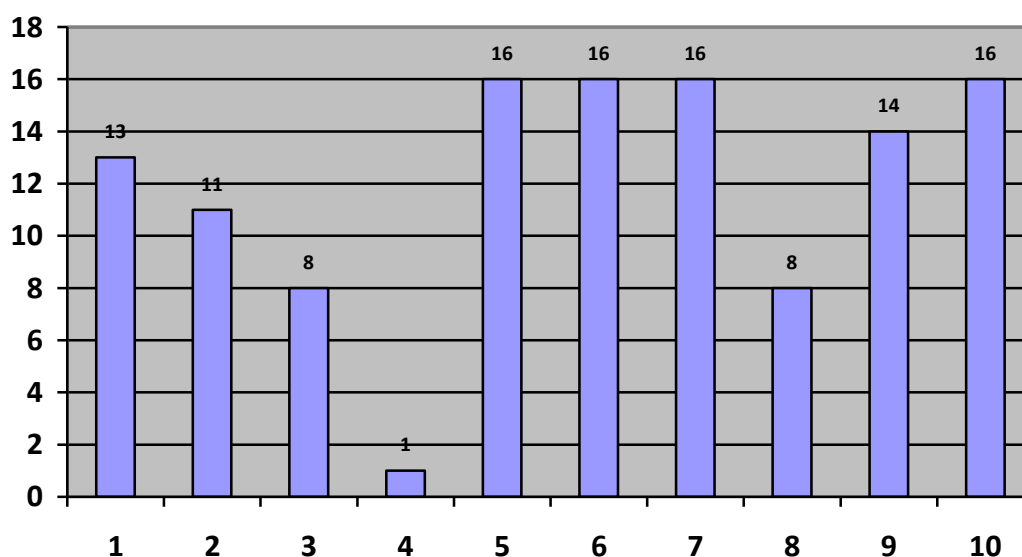


Рисунок 1. График за 1 полугодие.

Расшифровка к рисунку 1:

- 1 – распознавание и выражение эмоций
- 2 – подражание
- 3 – навыки установления контакта
- 4 – дружба
- 5 – позитивное восприятие окружающих
- 6 – принадлежность к социальным группам
- 7 – игра
- 8 – совместное с другими времяпрепровождение
- 9 – умение делиться и сотрудничать с другими
- 10 – следование общественным правилам

Данные, указанные на рисунке 1, являются результатами наблюдения социализации по шкале Вайнленд по всей группе испытуемых за первое полугодие. Можно заметить, что критерий «Дружба» для детей с РАС является малоизвестным. Критерии «Позитивное восприятие окружающих», «Принадлежность к социальным группам», «Игра» и «Следование общественным правилам», освоены уже к моменту первого полугодия.

2.2. Программа социально-педагогического сопровождения детей с расстройством аутистического спектра.

После констатирующего эксперимента была разработана и реализована программа работы с детьми младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра в условиях школы.

Цель формирующего эксперимента: психологические и социально-педагогические аспекты работы с детьми младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра в условиях школы.

Формы работы: наблюдение, консультирование специалистов, консультирование родителей.

Основными ***задачами*** коррекционной помощи детям данной категории являются:

- расширения модуляции поведения ребенка;
- оптимизация процесса общения, развитие способности к эмоциональному контакту;
- адаптация детей к коллективу сверстников и взрослых с целью их дальнейшей интеграции в общество;
- развитие речи;
- перенос знаний и навыков, усвоенных детьми в быту и на индивидуальных занятиях, в условия групповой работы;
- формирование у детей умения приобретать новые навыки в условиях группового обучения;
- развитие нарушенных психических и моторных функций;
- формирования навыков самообслуживания и поведения в социуме;
- обеспечения информационной, психологической и педагогической поддержкой родителей.

Программа формирующего эксперимента:

Первый этап – установление контакта с ребенком-аутистом.

Основной целью данного этапа является создание положительного эмоционального климата и комфортной психологической атмосферы, диагностика сформированности речи, установление эмоционального контакта педагога с ребенком. Педагог, используя метод наблюдения,

выявляет уровень актуального развития речи ребенка, собирает анамнестические данные о натальном и постнатальном развитии, выясняет его интересы и пристрастия. Все наблюдения фиксируются, анализируются возможности вовлечения ребенка в сотрудничество и взаимодействие. При установлении контакта следует избегать не только всякого давления на ребенка, но и просто прямого обращения к нему, долгого пристального взгляда. Первые попытки общения должны проходить в спокойных условиях, без лишней суетливости взрослого, без активного навязывания своего ритма, предпочтений. Педагогу необходимо постоянно контролировать себя, отслеживая изменения в поведении ребенка: нарастание у него тревоги, аффективного напряжения может привести к ухудшению тактильного и глазного контакта, увеличению моторной напряженности, суетливости, скованности в движениях, появлению моторных стереотипий. Чтобы первоначально привлечь внимание ребенка с РАС, не напугать его, важно соблюдать пять правил:

- не говорить громко;
- не делать резких движений;
- не смотреть пристально в глаза ребенку;
- не обращаться прямо к ребенку;
- не быть слишком активным и навязчивым.

При достижении заинтересованности ребенка в контакте со взрослым становится возможным прямое общение через совместную игру или рисование. Главное в игре – вовлекать ребенка в ее сюжет, где он действует, переживает события и радуется. Работа по эмоциональному тонизированию начинается с обеспечения ребенку чисто сенсорных впечатлений. Общему сенсорному удовольствию необходимо придать более сложный игровой смысл. Так, если ребенок начинает раскачиваться, то взрослый, обняв его, должен раскачиваться в такт с ребенком, обыгрывая качание на качелях или раскачивание деревьев с сопровождением ритмизированных текстов. Сначала предлагаются ситуации стабильные, не требующие от ребенка

большой активности. Поэтому в игре долго обживаются бытовые моменты привычной жизни, они насыщаются деталями, дающими переживание уюта, надежности окружающего мира. Затем в эмоционально обжитую игровую ситуацию вводится динамическое развитие сюжета. Для установления положительного эмоционального контакта можно проводить следующие эмоциональные игры: «Ку-ку», «Лови меня», «Догони меня», «Глазки-ушки», «Разговор с игрушкой», «Дорисуем веселое лицо», прослушивание записей эмоций, звукоподражаний животных.

Второй этап - выработка учебного стереотипа.

Целью данного этапа – выработать умение сидеть за столом. Со стороны ребенка возможно проявление негодования, отторжение и полное неприятие учебной ситуации. Поэтому на начальных этапах достаточно просто привлечь его внимание и удерживать некоторое время для выполнения нескольких манипуляций. На начальных этапах присутствует мама (с ней ребенок чувствует себя в безопасности), постепенно роль мамы, по мере усвоения тех или иных навыков, уменьшается. Необходимо, чтобы занятия проводились в специально организованном месте, в определенное время, с четким соблюдением этапов работы. Важно, чтобы постоянно поддерживалась обстановка душевного спокойствия, переживания удовольствия, ощущения защищенности, доброго отношения.

На третьем этапе – стремимся к установлению зрительного контакта, формированию начальных коммуникативных навыков.

Начальный этап коррекционной работы с детьми, страдающими аутизмом, лучше проводить в виде игротерапии, направленной на несложные манипуляции со светом, звуком, цветом, простые действия с игрушками. Сначала вырабатывается фиксация взора на интересующем предмете, картинке, представляющем наибольшее значение в данный момент. Когда взор скользнет по предъявляемому материалу, вещь отдают ребенку, добавляется инструкция «Посмотри на меня». Постепенно время фиксации взора на предлагаемой вещи будет возрастать, и заменяться взглядом в глаза.

На этом этапе отрабатывается реакция оживления и слежения, умение следить взглядом за движением собственной руки, за предметами. Отрабатывается указательный жест, жесты «да», «нет». На занятиях и в повседневной жизни, специально созданные ситуации помогают овладеть ими. Ежедневные тренировки позволяют сформировать эти жесты и ввести их в ежедневное общение ребенка с близкими людьми. Затем можно присоединять ритмические игры и танцы, которые вызывают положительные эмоции и оказывают благоприятное воздействие на имеющиеся у ребенка двигательные стереотипы в виде размахиваний руками, подпрыгиваний и т.п. В процессе игротерапии акцент делается на эмоциональное обогащение ребенка, включение его в содержание импровизированной сказки. Незаменимыми помощниками на данном этапе становятся специально организованные *сенсорные игры*, активизирующие новые чувственные ощущения (зрительные, слуховые, тактильно-двигательные, обонятельные, вкусовые), создающие эмоционально положительный настрой. Проведение сенсорных игр позволяет ребенку переживать приятные эмоции, получать новую сенсорную информацию, способствует возникновению эмоционального контакта со взрослым. Примером таких игр могут быть игры с красками («Цветная вода», «Смешивание красок»), игры с водой («Переливание», «Фонтан», «Бассейн», «Купание кукол», «Мытье посуды»). Детям нравятся игры с мыльными пузырями: «Подуем на снежинки», «Плыви, кораблик», «Вертушка», «Задуй свечу», «Рисуем дымом», «Буря в стакане», «Пенный фонтан». Конечной целью этого этапа является стимуляция собственной психической активности аутичного ребенка, направление этой активности на взаимодействие с взрослыми и сверстниками.

Основная цель данного этапа заключается в обучении детей определенным навыкам, которые позволили бы им взаимодействовать и работать в рамках группы.

Нами были поставлены следующие задачи:

1. Научить ребенка следовать простым правилам игры.
2. Научить ребенка контролировать свои действия и движения (находиться за столом, действовать по инструкции ведущего).
3. Научить ребенка высказываться на заданную тему, давать объяснения понятные собеседнику.
4. Научить ребенка вести диалог (говорить по очереди, смотреть на человека, с которым он говорит, поворачиваться лицом к собеседнику, слушать говорящего, отвечать на задаваемые вопросы)

Четвертый этап – развитие совместной деятельности и межличностное взаимодействие между участниками, формирование активного взаимодействия со взрослым. Обучение пониманию речи, выполнение инструкций.

Важной задачей этого периода является перестройка сложившихся форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения, реконструкция общего хода развития и воссоздание обновленных контактов ребенка с миром. На этом этапе наиболее целесообразным представляется использовать игровую деятельность в качестве основного рычага коррекционной работы, так как дети младшего школьного возраста (первоклассники), мы считаем, что игровая деятельность будет наиболее эффективной. В процессе *игровой коррекции* решаются следующие задачи: вызываются новые активные формы переживаний; воспитываются чувства по отношению ко взрослому, сверстникам, самому себе; развивается система самооценки и самосознания; обогащаются новые формы и виды игровой и неигровой деятельности. Как известно, дети с аутизмом любят манипулировать предметами без учета их функционального назначения. При этом основным мотивом выступают привлекательные сенсорные свойства. По наблюдениям Янушко Е.А., «выделение ребенком отдельных сенсорных свойств, которые ему приятны, ложится в основу проведения с ним сенсорных игр, бесспорно дающих новые возможности развития ребенка». Стереотипная игра характеризуется повторяемостью, неизменностью,

длительностью, отсутствием сюжета. Но можно использовать ее положительные стороны (комфортная ситуация для ребенка, возможность вернуть его в уравновешенное состояние), и тогда она станет основой построения взаимодействия. Взрослый ненавязчиво и осторожно подключается к играм ребенка, улавливает подходящий момент, чтобы подать ему нужную деталь, негромко повторяет за ребенком его слова, использует любимую игрушку. Такая тактика поведения позволяет аккуратно войти в мир игры аутичного ребенка, не отвергать присутствие взрослого, завоевать его доверие, что потребует немало времени и терпения. Внесение эмоционального смысла в жизнь ребенка с РАС, в то, что он делает и чувствует, - единственный адекватный путь для включения его в реальность для осознания происходящего вокруг, понимания им речи. По рекомендациям Рудик О.С., «этого можно достичь с помощью специального *эмоционально-смыслового комментария*, который должен сопровождать ребенка в течение всего дня, являясь необходимым элементом любой деятельности».

Эмоционально-смысловой комментарий позволяет привлечь внимание ребенка, сосредоточить его на чем-то, чтобы добиться осмысления происходящего, осознания сказанного. Такой комментарий должен быть привязан к опыту ребенка, вносить смысл даже во внешне бессмысленную активность, в его аутостимуляцию, фиксировать приятные ощущения и сглаживать неприятные, прояснять причинно-следственные связи. Это помогает преодолевать страхи, бороться со стереотипными влечениями. Необходимо комментировать чувства и ощущения самого ребенка, а также эмоциональные реакции других людей, сказочных персонажей. Обсуждая сначала отдельные эпизоды, педагог начинает работу по их смысловому увязыванию, чтобы научить ребенка понимать логические связи между событиями, отношения между людьми. Так будет происходить прогресс в развитии понимания речи – понимание смысла нескольких последовательных событий, связанных в сюжет. Ребенка легче сосредоточить на рассказах о

нем самом. Здесь помогает *сюжетное рисование*. Взрослый подробно и не торопясь рассказывает историю про самого ребенка и одновременно прорисовывает эту ситуацию, привлекая его подрисовывать, раскрашивать по желанию. Главная цель – сосредоточить его внимание на развитии событий, добиться, чтобы он слушал и понимал рассказ. Далее с сюжетным рисованием можно переходить к сказкам, коротким рассказам. Так мы развиваем у ребенка способность понимать речь, т.е. формируем его речевое мышление.

Для успешной организации ситуации взаимодействия, формирования понимания речевых инструкций полезны *игры с крупами*: «Прячем ручки», «Пересыпаем крупу», «Покормим птичек», «Сварим кашу». А также можно использовать *различные пластичные материалы* – пластилин, тесто, глину, исходя из индивидуальных предпочтений ребенка. При этом следует обучить его некоторым навыкам работы с материалами: мять и отщипывать, надавливать и размазывать, скатывать шарики и раскатывать колбаски, резать на кусочки. Отрабатывая отдельные приемы, можно в одной игре их комбинировать («Посадим огород», «Приготовим угощение», «Пластилиновые картинки»).

Очень привлекают внимание детей разнообразные звуки, поэтому взрослые должны учить прислушиваться к ним, организуя игровые ситуации с различными предметами, музыкальными инструментами, звукозаписями: «Послушаем звуки», «Что звучало», «Музыканты», «Свистульки» и т.п. Таким образом, возможно использование различных вариантов игр, дающих аутичному ребенку новые сенсорные ощущения и положительные эмоциональные впечатления. Развивать игру можно посредством разнообразия впечатлений, введением сюжетной линии. Главное, взрослому нужно быть внимательным и отзывчивым к потребностям аутичного ребенка, а для этого не жалеть времени, усилий, сохранять спокойствие, уверенность и проникнуться его ощущениями и чувствами.

На этом этапе мы поставили задачи развития следующих способностей:

1. Научить ребенка понимать причины собственных эмоций, замечать и называть свои чувства. Выражать позитивные и негативные чувства в отношении другого человека в социально-приемлемой форме.

2. Научить ребенка принимать и последовательно исполнять роль в игре.

3. Научить ребенка включаться в совместную деятельность.

На пятом этапе основным направлением работы стало обучение детей коммуникативным техникам.

Когда речевая активность детей становится достаточной для того, чтобы в процессе занятия высказывать свое мнение, пытаться разрешать возникающие споры при помощи слов.

Также, на этом этапе продолжается работа над задачами предыдущих этапов, но здесь мы стараемся усложнить работу, чтобы полученные знания дети могли применять к реальным жизненным ситуациям

Формы и режим работы. Основная форма – индивидуальные занятия. Продолжительность каждого занятия от 20 до 40 минут в зависимости от состояния ребенка. В процессе занятия педагог обязательно следит за самочувствием ребенка и учитывает его эмоциональное состояние, может полностью изменить составленный план занятия в силу неприемлемости ребенком на данный момент предлагаемых заданий, несмотря на то, что ранее они вызывали у него интерес.

В процессе занятий с ребенком следует придерживаться некоторых общих рекомендаций по проведению занятий:

- налаживание эмоционального контакта с ребенком;
- регулярное систематическое проведение занятий по определенному расписанию;
- смена видов деятельности в процессе одного занятия;
- повторяемость программных задач на разном дидактическом и наглядном материале;

- игровая форма проведения занятий в соответствии с состоянием эмоционально-личностной сферы ребенка;
- использование физических упражнений, которые, как известно, могут и поднять общую активность ребенка, и снять его патологическое напряжение;
- опора на сенсорные анализаторы;

Срок реализации программы: программа рассчитана на 3 года.

Содержание программы отражает направления коррекционной помощи по основным сферам развития ребенка младшего школьного возраста и комплексности участия всех специалистов:

1. Социально-коммуникативное – реализует педагог-психолог;
2. Познавательное развитие – реализует учитель;
3. Речевое развитие – учитель-логопед;
4. Художественно-эстетическое развитие – реализует музыкальный руководитель;
5. Физическое развитие – реализует инструктор по физической культуре.

• **Социально-коммуникативное развитие – реализует педагог-психолог.**

Задачи:

- формировать произвольную, волевую регуляцию поведения;
- формировать понимание ласкового обращения и развитие ответных позитивных реакций ребенка - улыбки, ответного взгляда и др.
- формировать у ребенка представление о себе: узнавать свое имя и откликаться на него (движениями, жестами, поворотом головы, вербально).
- формировать потребность зрительного контакта «глаза в глаза» при общении.
- формировать навык преодоления аффективных состояний.

- развивать эмоциональную сферу посредством стимуляции ощущений (зрительных, слуховых, тактильных, осязательных, обонятельных и вкусовых);

- развивать положительные эмоциональные отклики на социальные контакты: получение радости от физического взаимодействия (поглаживания, прикосновения), удовлетворение от игры и нежных, успокаивающих слов взрослого.

- развивать высшие психические функции и познавательные процессы: внимание, восприятие, мышление, память, произвольное поведение,

- развивать мелкую моторику рук: уметь попросить предмет, протягивая руку и выполнять хватательный жест (раскрывая и закрывая ладонь), продолжать довольно длительное время играть с ребенком в тайник (прятать лицо ладонями).

- развивать мимику лица, позы и жесты тела.

- обучать ребенка адекватно воспринимать и обследовать живые и неживые предметы окружающего пространства.

- корректировать «полевое» поведение ребенка (бесцельное блуждание по комнате, посредством введения его в деятельность простых манипуляций с сенсорным игровым материалом).

Набор дел для занятий:

1. Игры на идентификацию (нахождение такого же) содержат разнообразные картинки с изображением знакомых предметов. К ним относятся лото, где ребенок подбирает абсолютно одинаковые пары. Соотнесение реального предмета с изображенным на рисунке.

2. Игры направленные на выделение части и целого(разрезные картинки из 4-6 частей, кубики, игры-головоломки «Магический квадрат», «Танграм», «Колумбово яйцо», «Блоки Дьенеша».)

3. Игры на классификацию. Что какого цвета?», «Подбери по форме», «Большие и маленькие». «Волшебная машина». Собираение форм в единую композицию на магнитном полотне: по форме, цвету, величине

4. Игры на сериацию. Учить выстраивать предметы в определенной последовательности, большой, средний, маленький, снова большой - «Какой теперь?». Освоение сериации в образной форме способствует проигрыванию сказок настольного плоскостного театра «Репка», «Колобок», где персонажи выстраиваются согласно сюжету в определенной последовательности друг за другом.- «Кто теперь?»

5. Игры на развитие двигательных навыков, мелкой моторики рук.завязывать шнурки и застегивать пуговицы, Пальчиковые игры: кулачки, лапки и т.п. Выкладывать фигуры из палочек, открывать и закрывать, раскручивать и закручивать крышки коробок, банок, бутылок, отстегивать и пристегивать прищепки, нанизывать бусины

6. Обучение пониманию речевых инструкций (заданий, требований) и выполнение их с помощью двух взрослых (один называет действие, другой помогает ребенку его выполнить).

7. Игры на формирование знаний частей тела.

8. Сенсорные игры.

Показатели успешного развития: начинает осознавать ощущения, которые поступают от его мышц, сухожилий и т. д. и многочисленные повторения которых образуют его телесные ощущения. Отличает себя от других объектов. Обнаруживает избирательность, быстротечность эмоций, сопровождающуюся различными манипуляциями.

✓ **Познавательное развитие - реализует учитель.**

Задачи:

- формировать школьные знания и представления;
- формировать трудовые умения и навыки;
- развивать художественно – творческие способности.

Набор дел для занятий:

1. Формирование у ребенка представлений о себе: узнавать свое имя и откликаться на него (движениями, жестами, поворотом головы, вербально).
2. Побуждение ребенка смотреть на лицо взрослого, позвавшего его.
3. Формировать у ребенка представление о собственном теле.
4. Бросание шариков или других мелких предметов в сосуд с узким горлышком.
5. Перекладывание предметов из одной коробки в другую.
6. Открывание и закрывание коробок, деревянных яиц, матрешек.
7. Нанизывание шаров на шнур («бусы»).
8. Действия с предметами разного цвета, формы, величины.
9. Знакомство с цветами радуги.
10. Выбор по образцу и инструкции (например работа с домашними животными, картинки лежат на столе по 6 штук) «Дай кошку» и .т.д
11. Выбор предметов игрушек по картинке
12. Группировка различных парных предметов по величине.
13. Собираение вкладных кубов.
14. Складывание матрешки, осмысленное соотнесение ее частей
15. Нанизывание колец маленькой пирамиды на стержень, подбирая их строго по убывающей величине (пирамида из 5 колец)
16. Складывание простейших фигур из счетных палочек по показу и по образцу.
17. Складывание разрезных картинок из 4-х и 5-х разрезанных по вертикали или горизонтали.
18. Постройки из детских наборов строительного материала.
19. Выкладывание прямого ряда из мозаики одного, затем разного цвета.
20. Выкладывание «чередующегося ряда» через один элемент: синий - красный - синий и т. д. на усложнение.

21. Обучать навыкам рисования по показу взрослого: проводить линии пальцем (пальцами) рук по муке, насыпанной на разделочной доске (подставке, тарелке), рисовать толстым фломастером.

22. Учить узнавать круг. Рисование фигуры – круг на листе бумаги при помощи трафарета. Штриховка круга в заданном направлении.

23. Учить проводить в разных направлениях прямые линии: наклонные, короткие (ленточки, длинные дорожки), пересекать их (забор, лесенка).

24. Складывание разрезных картинок из 3-х- 4х частей, разрезанных по вертикали или горизонтали.

Планируемые результаты: ребенок способен заинтересоваться определенными видами деятельности, наблюдает за процессом лепки и рисование; способен совершать простые действия с материалами (например, берет в руки тесто и манипулирует с ним) и повторять определенные движения (возможно, с помощью взрослого): оставляет следы от краски на бумаге, рисует линии фломастером, краской, размазывает пластилин, участвует в совместном рисовании с взрослым; группирует предметы по цвету и по форме; складывает разрезные картинки из 4-х и 5-и частей; собирает пазлы с помощью взрослого и ребенка; выкладывает чередующийся ряд.

✓ **Речевое развитие - осуществляет учитель- логопед.**

Задачи:

- формировать способность к подражанию движений и звуков;
- формировать способность к зрительного контакта во время общения;
- развивать слуховое внимание;
- развивать артикуляционный аппарат;
- развивать фонематический слух;
- развивать дыхание (отработка воздушной струи);
- развивать мелкую моторику;

- развивать немые проявления ребенка как попытки вступать в контакт с окружающими людьми (использование простых жестов и т.п.);
- расширять словарный запас;
- работать над постановкой звуков.

Набор дел для занятий:

1. Поглаживание и легкое пощипывание щек для активизации мимической мускулатуры, выполнение простой артикуляционной гимнастики с помощью взрослого: улыбнуться, вытянуть губы трубочкой.

2. Обучение играм, направленным на тренировку правильного выдувания воздуха (отработка силы воздушной струи).

3. Обучение подражанию разным звукам и шумам, вызванным простыми движениями рук и губ взрослого, обучение имитации забавных звуков (*буль-буль, хлоп-хлоп*).

4. Обучение произнесению гласных звуков (*а-а*).

5. Обучение произнесению первых простых слов в смысловой связи (*ма-ма; па-па; баба*).

6. Повторение действий взрослого со звуками и предметами во время занятий и игр.

7. Обучение пониманию речевых инструкций (заданий, требований) и выполнение их с помощью двух взрослых (один показывает действие, другой помогает ребенку его выполнить).

8. Обучение действиям без предметов (сожми-разожми кулак) и с предметами (сжать-разжать губку или резиновый мяч), укрепляющими мышцы рук.

9. Обучение тонкомоторным действиям с прищепками (закрепление прищепок на краях картонной коробки), укрепление мышц пальцев рук.

10. Обучение соотношению слова с соответствующим ему действием (дай, на, иди, стой, нельзя и др.).

Планируемые результаты логопедической работы:

- правильная артикуляция звуков в различных позициях;

- смотрит в лицо;
- исследует предметы разнообразными способами: рассматривает предмет в руке, переводит предмет из одной руки в другую;
- реагирует на стимуляцию тактильных ощущений посредством чередования касаний твердой - мягкой, сухой - влажной, теплой - холодной;
- выполняет скоординированные действия с предметами (ставит кубик на кубик, нанизывает кольца на пирамидку и т.д);
- налажен контакт глаза в глаза;
- выделяет отдельный предмет среди других по просьбе взрослого;
- соотносит знакомый объемный предмет с его плоским изображением;
- знает основные цвета.

✓ **Художественно - эстетическое развитие – реализует музыкальный руководитель.**

Задачи:

- формировать умение правильно извлекать звуки с использованием музыкальных инструментов;
- формировать навык действовать по образцу, подражать простым движениям под музыку;
- развивать терпимость к звучанию музыки и пению других людей;
- развивать способность визуального контакта через привлечение внимания с использованием звуковых эффектов;
- развивать чувства ритма.

Планируемые результаты: умеет извлекать звуки различными способами, способен приобщаться к ритмически организованным действиям, подражать простым движениям под музыку.

✓ **Физическое развитие – реализует инструктор по физической культуре.**

Задачи:

- воспитывать умение сохранять правильную осанку в различных видах деятельности;
- развивать общую моторику;
- развивать физические качества (ловкость, сила, выносливость, быстроту, равновесия);
- развивать координацию движений.

Набор дел для занятий:

1. Использовать: детские песенки, сказки, стихи содержанием которых предусмотрено изменение голоса взрослого, его мимики («Мишка-косолапый», «Серенькая кошечка», «Дудочка» и др.).

2. Развивать путем многократных и длительных повторений слуховое предсказания - учить прислушиваться к невидимым игрушкам, предметам.

Учить различать и ориентироваться на интонацию: кроткую и суровую, вопросительную и побудительную, а также интонацию запрета и поощрения.

Корректировать повышенную реакцию ребенка на слуховые раздражители.

При этом учитываем, что мальчик может быть очень чувствительным к слабым раздражителям.

3. Знакомство с музыкальными инструментами.

4. Учить правильно, извлекать звуки с использованием музыкальных инструментов.

5. Учить действовать по образцу, подражать простым движениям, выполнять инструкцию.

6. Работа над дыханием.

7. Развивать танцевальные движения и игровые действия с предметами

8. Обучать использовать предметы, издающих звуки (звучащая игрушка, барабан и др.) и формировать соответствующих движений руки, вызывающих эти звуки;

9. Обучать различению звуков, производимых предметами.

10. Учить определять местоположения источника звука, тренировка слухового восприятия (свисток, погремушка)

1. Упражнения в равновесии:

- ходьба по гимнастической скамейке прямо, боком приставным шагом;
- ходьба по узкой рейке прямо;
- ходьба по веревке прямо и боком;
- хождение по ребристой дорожке, массажным коврикам.

2. Ползание, лазание:

- ползание на четвереньках по полу;
- пролезание в обруч;
- подлезание под дугу;
- лазание по гимнастической стенке, перелезание с пролета на пролет.

3. Прыжки:

- прыжки на двух ногах на месте разными способами;
- прыжки на одной ноге;
- подпрыгивание на двух ногах, продвигаясь вперед

4. Бросание, ловля, метание:

- перебрасывание мяча друг другу;
- бросание мяча вверх, в стороны; метание в цель.

5. Учить выполнять общеразвивающие упражнения:

- поднимать руки вверх, вперед, в стороны; Опускать и поворачивать голову в сторону;
- наклоняться вперед;
- приседать.

6. Учить прыгать на батуте.

7. Выполнять упражнения на большом гимнастическом мяче.

8. Упражнения на гимнастическом мате.

9. Упражнения с мешочком, мячом сидя на лавке.

10. Упражнение на балансировочной доске

Планируемые результаты: умеет владеть мячом; ходить по гимнастической скамейке без помощи взрослого; лазать по шведской стенке; прыгать на батуте; ползать на четвереньках по гимнастической скамейке; прыгать на двух ногах.

Коррекционно-развивающие занятия в традиционной форме в программе не представлены. Так как они имеют гибкую структуру. В их основе лежит набор дел, который меняется в зависимости от доминирующих интересов ребенка и стереотипных пристрастий.

Формы аттестации и контроля:

- заполнение специалистами контрольной карты («Оценка адаптивного поведения Вайнленд») социально-психологического развития и навыков самообслуживания в 1 полугодии и 2 полугодии;
- ведения специалистами записей продвижения каждого конкретного ребенка в различных аспектах обучения (в течение года), в т.ч. фиксация выполнения программы введения поведенческих реакций;
- составления специалистами перспективной индивидуальной программы (профиля развития) ребенка, основанной на актуальном уровне выполнении им деятельности;
- заполнения родителями дома дневника ребенка (в течении года, 1 раз в месяц);

При определении уровня развития ребёнка оценивается качественное содержания доступных ему действий. Предполагается оценивать реально присутствующий опыт его действий.

Учебный план

Образовательные области	Компоненты обучения	Количество часов в неделю по годам обучения			
		1-й год	2-й год	3-й год	Всего
Развитие умений и навыков социального взаимодействия.	Развитие способности к эмоциональному контакту. Повышения эмоционального тонуса.	1	1	1	3

	Развитие социальных навыков.				
Развитие познавательной сферы.	Развитие внимания. Развитие памяти. Развитие восприятия. Расширения чувственного опыта. Развитие мышления. Развитие мелкой моторики и графических навыков.	2	2	2	6
Развитие речи	Развитие слухового внимание, восприятия, слуховой памяти. Развитие способности понимания речи, активизация звукопроизношения и фразой речи.	1	1	2	4
Развитие крупной моторики и зрительно-двигательной координации с использованием музыки.	Танцевально-двигательная терапия. Ритмопластика. Музыкальная терапия.	1	1	1	3
Всего часов в неделю:		5	5	6	16
Всего часов в год:		180	180	216	576

Планируемый результат. У детей, страдающий РДА, будет отмечаться: улучшение способности к эмоциональному контакту; расширение модуляций поведения с малознакомыми людьми; улучшения уровня развития восприятия, памяти, внимания, мышления; приобретение графических навыков, увеличение объема активного и пассивного словарного запаса, улучшение уровня владения речью как коммуникативный средством; улучшения крупной моторики и зрительно-двигательной координации.

Результаты формирующего эксперимента.

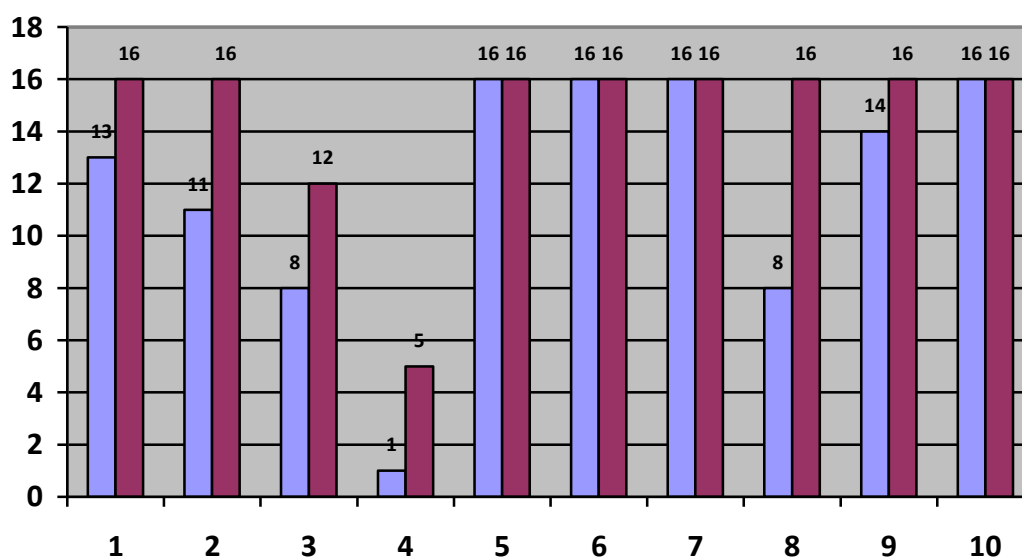


Рисунок 2. Сравнительный график за 2 полугодия.

Расшифровка к рисунку 2:

- 1 – распознавание и выражение эмоций
- 2 – подражание
- 3 – навыки установления контакта
- 4 – дружба
- 5 – позитивное восприятие окружающих
- 6 – принадлежность к социальным группам
- 7 – игра
- 8 – совместное с другими времяпрепровождение
- 9 – умение делиться и сотрудничать с другими
- 10 – следование общественным правилам

Данные, указанные на рисунке 2, являются результатами наблюдения социализации по шкале Вайнленд по всей группе испытуемых за два полугодия. Можно заметить, что критерий «Дружба» для детей с РАС является малоизвестным, при этом критерий «Совместное с другими времяпрепровождение» во втором полугодии у всех- участников. Критерии «Позитивное восприятие окружающих», «Принадлежность к социальным группам», «Игра» и «Следование общественным правилам», были освоены уже к моменту первого полугодия, и не изменились к моменту второго

полугодия. Стоит отметить, что критерий «Следование общественным правилам» освоен детьми лишь под присмотром педагогов и родителей, поэтому данный критерий свойственен всем.

В таблице 1 и рисунке 3 наглядно представлены сравнительные данные каждого испытуемого в моменты первого и второго полугодия по методу наблюдения Вайнленд в баллах. По результатам наблюдения замечена положительная динамика развития социальной сферы всех испытуемых. У одного испытуемого изменений не произошло, так как его результаты были максимальными уже на момент первого полугодия.

Таблица 1. Результаты испытуемых.

Имя	1 полугодие	2 полугодие
Света	6	9
Егор	6	8
Наташа	7	9
Тимофей	8	10
Женя	5	8
Максим	9	10
Вика	6	9
Денис	9	9
Андрей	7	9
Федор	10	10
Витя	9	10
Саша	8	10
Вова	9	9
Ярослав	6	8
Леонид	6	8
Арсений	8	9

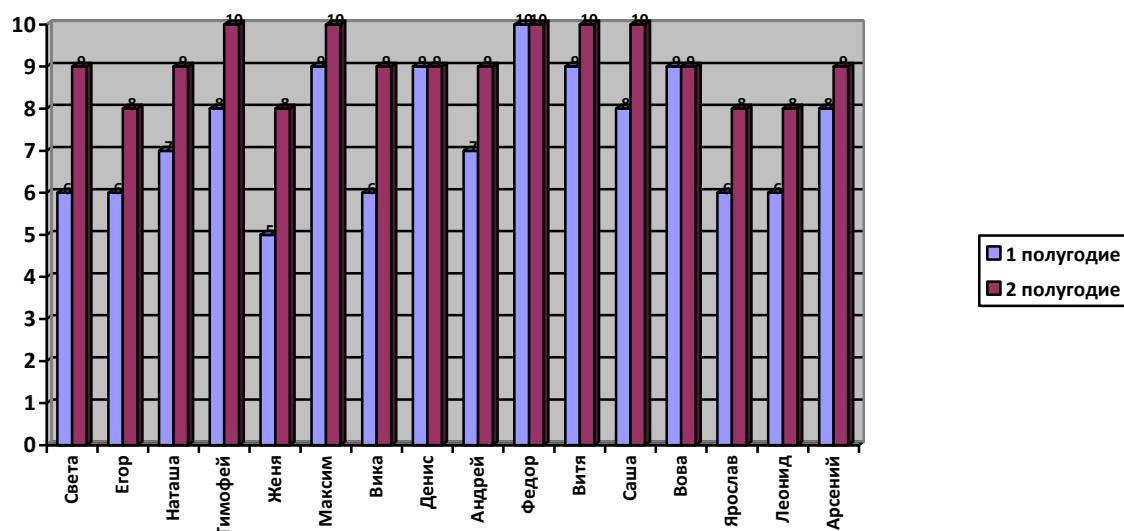


Рисунок 3. Сравнительный график за 2 полугодия.

Общий мониторинг формирующего эксперимента показал, что дети достигли следующих результатов:

- Появился контакт «глаза в глаза»;
- На индивидуальных занятиях со специалистами сидит за столом и занимается;
- Научился дуть на салфетку, снежинку, на ватку, в трубочку;
- Появились гласные звуки [а], [у], [и] и согласные [б], [м] требуют дальнейшей автоматизации;
- Различает цвета, геометрические фигуры;
- Появился указательный жест;
- Частично приобрел навыки самообслуживания;
- Избирательно играет с детьми;
- Откликается на свое имя и выполняет инструкции;
- Фиксирует взгляд на звучащих игрушках, подносит их к уху;
- Стал более усидчив, практически исчезло «полевое» поведение;
- Стал пользоваться туалетом;
- Понимает обращенную речь, активная речь отсутствует.

Результаты, полученные в ходе формирующего эксперимента дали положительную динамику в развитии ребенка.

Результаты исследования специфических адаптивных профилей детей 7-летнего возраста с расстройством аутистического спектра в первом и втором полугодии до и после проведения программы.

Таблица 2. Сводные результаты.

Шкала Вайнленд	1 полугодие $U_{\text{эмп}}$	2 полугодие $U_{\text{эмп}}$	$U_{\text{эмп}}$
	185,5	342,5	49,5

Критические значения

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
66	83

Для определения эффективности программы сопровождения, был использован U-критерий Манна-Уитни

U-критерий Манна-Уитни равен 49.5.

Таким образом, данные статистической обработки позволяют говорить о том, что достоверность находится в «зоне значимости», что позволяет судить об эффективности программы сопровождения.

Вывод по второй главе.

Экспериментальная работа состояла из трех этапов: констатирующий эксперимент, разработка и реализация формирующего эксперимента и контрольный эксперимент.

В ходе констатирующего эксперимента была использована шкала адаптивного поведения Вайнленд. Шкала Вайнленд - это полуструктурированное интервью, позволяющее представить индивидуальный статус в сфере адаптивного поведения в числовом и описательном выражениях и оценить его соответствие установленным возрастным нормативам.

После констатирующего эксперимента была разработана и реализована программа работы с детьми младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра в условиях школы 7 вида города Красноярска. По результатам наблюдения замечена положительная динамика развития социальной сферы всех испытуемых.

Заключение.

На сегодняшний день существует мало современной литературы на тему социальной адаптации детей с расстройством аутистического спектра, поэтому данная тема является актуальной. Как показывают имеющиеся исследования, такие дети при должном обучении, огромном усилии педагогов и родителей, становились полноценными членами общества, обучаясь в обычных школах и в последствии, могли бы получать дальнейшее образование и работу. Работа с такими детьми не является безнадежной, но при этом требует больших затрат, как физических, так и душевных, а так же больших знаний в области данного расстройства.

Проведенный анализ существующих в психологии данных о формировании адаптации детей с расстройством аутистического спектра, ее возникновении и протекании показал:

1. Неспособность вступать в контакт с другими людьми. Это означает, что аутичный ребенок испытывает трудности в общении с другими людьми и проявляет больший интерес к неодушевленным предметам, чем к людям.
2. Задержка речевого развития. Некоторые аутичные дети так и не начинают говорить, у других же наблюдается задержка речевого развития.
3. Некоммуникативная речь. Несмотря на то, что аутичный ребенок может обладать речью, он испытывает трудности при использовании ее для значимой коммуникации.
4. Отставленная эхолалия. Повторение слов или фраз через какой-то период времени.
5. Перестановка личных местоимений. Ребенок вместо «я» употребляет «ты». Например, мама: «Ты хочешь конфету?» Ребенок: «Ты хочешь конфету».
6. Повторяющаяся и стереотипная игра. Обычно игры аутичных детей характеризуются ограниченностью. Они повторяют одни и те же действия. Отсутствует воображение в игре.

7. Стремление к однообразию. Настойчивое стремление к сохранению привычного постоянства в окружающей обстановке и повседневной жизни.

8. Хорошая механическая память. Многие аутичные дети проявляют прекрасную память (хотя часто она очень избирательна).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология. - 1995. №5. с.76-83.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999, 221 с.
3. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Исцеление – М., 1980, 123 с.
4. Блейлер Е. Аутическое мышление // Хрестоматия по общей психологии-М.: Изд-во МГУ, 1981. с.112-125.
5. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. Донецк, 1999, 117 с.
6. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. // Дефектология. – 1997. с.31-40.
7. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. Если Ваш ребенок отстает в развитии. М., 1993, 124 с.
8. Иванов Е.С. Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма // Детский аутизм: хрестоматия. – СПб.: МУСиР им. Р.Валленберга, 1997, 246 с.
9. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Аутические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения // Патологические нарушения поведения. Л., 1973, 251 с.
10. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медицина, 1981. 190 с.
11. Каган В.Е., Исаев Д.Н. Диагностика и лечение аутизма у детей.- Л.: Ленингр. Педиатрический медицинский институт, 1976, 342 с.
12. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. М., 2003, 232 с.
13. Карвасарская И.Б. Психологическая помощь семье с аутичным ребенком // Коррекционная педагогика, специальная психология. – Курск: Изд-во Курск. Гос. Ун-та, 2003. 271 с.
14. Ковалева В.В, Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995, 336с.

15. Кревелен В.К. К проблеме аутизма // Детский аутизм: Хрестоматия. СПб, 1997, 236 с.
16. Кузьмина М. Аутизм // Школьный психолог. 2000. №47-48, с.21-36.
17. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм // Нарушение эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема.- М.: НИИ дефектологии РАО, 1992, 125 с.
18. Лебединская К.С., Никольская О.С. Вопросы диагностики раннего детского аутизма // Диагностика и коррекция. М., 1988, 236 с.
19. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. М., 1985, 124 с.
20. Либлинг М.М. Игра в коррекции детского аутизма. «Детский аутизм: пути и понимания и помощи» // Альманах Института коррекционной педагогики, 2014.
21. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье аутичного ребенка // Дефектология. 1996. №3, с. 56-66.
22. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. М., 1992, 222 с.
23. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. М., 1997, 234 с.
24. Мнухин С.С., Зеленская А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме раннего детского аутизма, или о синдроме Каннера у детей // Журнал психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1967. №10, с.56-78.
25. Морозов С.А. В чем отличие монаха от аутиста? // Независимая газета. 2002. № 215, 96 с.
26. Морозов С.А., Морозова Т.И. Мир за стеклянной стеной // Материнство. 1997. № 1-6, с.12-67.
27. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта // Аутизм и нарушения развития. 2004.- №3, 336 с.
28. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма.- М.: Центр лечебной педагогики, 2000, 112 с.

29. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. Серия «Особый ребенок». М.: Теревинф, 2005. 220 с.
30. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей. Москва, 2003, 242 с.
31. Никольская О.С. Особенности коррекции детей страдающих ранним детским аутизмом: Авторефер. Канд. Дис. М., 1985, 84 с.
32. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология.- 1995. № 1,2. с.8-17.
33. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф. 2005. 288 с.
34. Парк К. Социальное развитие аутиста: глазами родителей // Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 3. с 65-95.
35. Печникова Л.С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: Аврореф. Дис. Канд. Психологических наук. М.: 1997, 236 с.
36. Ранний детский аутизм. / Под ред. Т.А.Власовой, В.В.Лебединского, К.С.Лебединской.- М., 1981, 321 с.
37. Сайфутдинова Л.Р. Использование шкалы Вайнленд при диагностике больных аутизмом и с синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати) // Аутизм и нарушения развития. 2003. №2.
38. Сошинский С.А. Как зажигается свеча (отрывок из книги) // Аутизм и нарушения развития. 2004.- № 3, с.24-33.
39. Ульянова Р.К. Дошкольное воспитание аутичных детей // Дефектология. 1988. № 4. с.66-70.
40. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми // Педагогический поиск. 1999. № 9, с.11- 29.
41. Хаустова В. Основные этапы и особенности развития игровой деятельности в норме и при аутических нарушениях // Аутизм и нарушение развития. 2004. № 3, 112 с.
42. Шипицина Л.М. Детский аутизм.- М.: Дидактика Плюс, 2001, 97 с.

43. Шоплер Э., Ланзирд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей.- Минск: Изд-во БелАПДИ, 1997, 119 с.
44. Шорикова Д.Ю., Зверева Н.В. Оценка социальной адаптации: дети с синдромом детского аутизма (Электронный ресурс) // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2010.
45. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.- М.: МГУ, 1990. 197 с.
46. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия.- М.: Теревинф, 2004, 238 с.
47. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. М.: Теревинф, 2004. 136с.